

Voorlichting aan patiënten met acute aspecifieke lage-rugpijn

FRANK BROEKEMA
MARIANNE VINGERHOETS-KUIK
ROOS BALVERT-LOCHT
ET AL.

Broekema F, Vingerhoets-Kuik M, Balvert-Locht R, Blom J, Njoo K. Voorlichting aan patiënten met acute aspecifieke lage-rugpijn. Huisarts Wet 1994; 37(9): 395-7.

Samenvatting Bij acute aspecifieke lage-rugpijn lijken oefentherapie en andere vormen van fysiotherapie niet zinvol; ontstaan kan worden met voorlichting door de huisarts. In dit verband rijst de vraag, of het geven van deze voorlichting haalbaar is binnen de normale duur van een consult. Afgeleide vragen zijn: hoeveel informatie wordt door de patiënt opgevangen en onthouden, en bezoeken de patiënten binnen drie weken na het consult de huisarts of fysiotherapeut voor dezelfde klacht? Aan de hand van een folder werd voorlichting gegeven aan 69 patiënten van 16-65 jaar die het spreekuur bezochten met acute aspecifieke lage-rugpijn. De totale tijdsduur van het consult was in driekwart van de gevallen minder dan 10 minuten. De onderwerpen waren in het merendeel van de gevallen door de arts besproken. Veruit het grootste deel van de gegeven voorlichting bleek te zijn overgekomen bij de patiënten, en de meeste patiënten zeiden de folder gelezen te hebben. Slechts vier patiënten kwamen binnen drie weken terug en niemand werd verwezen naar de fysiotherapeut.

Frank Broekema, huisarts; Marianne Vingerhoets-Kuik, huisarts; Roos Balvert-Locht, huisarts; Jeanet Blom, huisarts; Khing Njoo, huisarts-onderzoeker.
Correspondentie: F. Broekema, Oostzijde 42, 1502 BH Zaandam.

Inleiding

Lage-rugpijn komt veel voor, maar in de praktijk gaan huisartsen er verschillend mee om.^{1,2} De incidentie van lage-rugpijn zonder uitstraling bedraagt 26 nieuwe episoden per 1000 personen per jaar;³ meestal gaat het om acute lage-rugpijn zonder specifieke oorzaak. Het natuurlijk beloop bij deze aspecifieke lage-rugpijn is gunstig: 90 procent van de episoden duurt korter dan drie weken, maar recidieven treden frequent op.⁴

Uit het onderzoek van *Faas* blijkt dat oefentherapie bij acute lage-rugpijn geen voordelen biedt boven de gebruikelijke zorg van de huisarts; de huisarts kan zich daarom beter beperken tot adequate voorlichting, eventueel gecombineerd met pijnstilling.⁵ Goede voorlichting vraagt echter tijd en doet een beroep op het verantwoordelijkheidsgevoel van de patiënt.⁶ In het onderzoek van *Faas* werd hieraan nauwelijks aandacht geschonken.

Tegen deze achtergrond formuleerden wij de volgende vraagstelling:

- Is het geven van gestructureerde voorlichting aan patiënten met acute aspecifieke lage-rugpijn haalbaar binnen de normale duur van een consult en hoe denken de huisartsen hierover?
- Hoeveel informatie wordt door de patiënt opgevangen en onthouden?
- Bezoeken de patiënten binnen drie weken na het betreffende consult de huisarts of de fysiotherapeut voor dezelfde klacht?

Methode

Het project werd uitgevoerd in acht huisartspraktijken door acht huisartsen-in-opleiding en acht huisartsen.

Alle deelnemers werden door twee psychologen getraind in het geven van gestructureerde voorlichting. De voorlichting bestond uit mondelinge informatie, aangevuld met een door de Stichting O&O uitgegeven folder 'Lage rugpijn'.⁷ De informatie had betrekking op vijf onderwerpen: oorzaak, beloop, zelfhulpadviezen (warmte, pijnstilling en beweging), terugkomadviezen (uitstraling, krachtverlies en

langer dan vier weken durende pijn) en preventie. Afgesproken werd dat voor zelfhulp en terugkomen alle adviezen genoemd zouden worden. Tijdens het consult moest bij het geven van de voorlichting herhaaldelijk naar de folder worden verwezen. Zou in de loop van het project blijken dat de consulten niet binnen 7-10 minuten afgesloten konden worden, dan zou de voorlichting worden ingekort, maar de onderwerpen die betrekking hadden op de zelfzorgmogelijkheden van de patiënt (beloop, zelfhulp en preventie) mochten niet ontbreken. Bij het onderwerp 'preventie' beperkte men zich overigens tot verwijzing naar de uitgebreide voorlichting in de folder.

Alle deelnemende artsen kregen een mapje op hun bureau met daarin registratieformulieren, folders, informatiebrieven, de in- en uitsluitcriteria en de tekst van de voorlichting.

In het voorjaar van 1993 selecteerden de deelnemende artsen gedurende acht weken patiënten in de leeftijd van 16-65 jaar die met acute aspecifieke lage-rugklachten op het spreekuur kwamen. Acute aspecieke lage-rugpijn werd gedefinieerd als korter dan drie weken bestaande pijn tussen Th12 en bilplooi, eventueel met uitstraling tot de knie. Tussen de voorgaande lage-rugpijnepisoden en de huidige episode moest een periode van minimaal twee maanden zitten. De volgende categorieën waren uitgesloten: verdenking op radiculair syndroom of de ziekte van Bechterew, trauma als oorzaak, laatste veertien dagen koortsende ziekte, pijn aan een of meer gewrichten, bekkenscheefstand van meer dan 1,5 cm, een gibbus van meer dan 1 cm en zwangerschap op het moment van consult.

Voor anamnese en lichamelijk onderzoek werd geadviseerd het Nijmeegs lage-rugpijnprotocol als leidraad te nemen. Daarna werd de gestructureerde voorlichting gegeven.⁸ Aan het einde van het consult kreeg de patiënt informatie over het project en werd zijn medewerking gevraagd voor de telefonische enquête. Daarnaast kreeg hij de voorlichtingsfolder en een korte brief mee met informatie over het onderwerp van het project. De arts

registreerde na elk consult de tijdsduur en de onderwerpen die wel of niet tijdens de voorlichting waren besproken.

De praktische haalbaarheid werd geoperationaliseerd in consultduur én de mening van de artsen over vorm en inhoud van de voorlichting. Alle deelnemende artsen werd voor en na het onderzoek, via een aantal open vragen, naar hun mening gevraagd over de inhoud en praktische haalbaarheid van deze voorlichting.

Binnen maximaal 48 uur werden alle geselecteerde patiënten door een huisarts-in-opleiding uit een andere praktijk telefonisch genquêteerd, door middel van een aantal ja/nee-vragen. De inleidende vraag was of de huisarts voorlichting had gegeven. Daarna werden de onderwerpen van de gestructureerde voorlichting afzonderlijk nagevraagd. Bij zelfhulp- en terugkomadviezen werd eerst gekeken welke adviezen de patiënt spontaan meldde; daarna werden de afzonderlijke adviezen genoemd en werd steeds gevraagd of de patiënt deze herkende. Over het onderwerp 'preventie' werd niets gevraagd, aangezien de arts zich tijdens het consult had beperkt tot verwijzing naar de folder. Tot slot werd gevraagd of de folder gelezen was.

Drie weken na het eerste consult werd via groene kaart of computer nagegaan of de patiënt voor dezelfde klacht op een herhalingsconsult was geweest of verwezen naar de fysiotherapeut.

Resultaten

Tijdens het project werd voorlichting gegeven aan 48 mannen en 28 vrouwen. De gemiddelde leeftijd bedroeg 37 jaar: de jongste was 17 en de oudste 59 jaar. Geen enkele patiënt weigerde deel te nemen aan het project.

Uiteindelijk werden 69 patiënten telefonisch geënquêteerd; 7 patiënten waren onbereikbaar binnen de gestelde termijn van 48 uur. Dezen zijn niet in de verwerking meegenomen; zij onderscheidden echter niet van de onderzochte groep ten aanzien van leeftijd, geslacht en door de arts gegeven voorlichting.

De consultduur was in de praktijk niet

langer geworden. De totale tijdsduur bedroeg in driekwart van de gevallen minder dan 10 minuten (*tabel 1*).

Tabel 1 Consultduur (minuten). Aantallen

0 - 5	5
5 - 10	46
10 - 15	17
≥15	1

Van de 16 deelnemende artsen hadden er 12 beide enquêtes ingevuld. Deze twaalf artsen hadden voor het begin van het onderzoek een andere benadering van acute lage-rugklachten: elf gaven vrij summier uitleg, één deed het juist veel uitgebreider. Zes artsen betwijfelden of het geven van gestructureerde voorlichting binnen 10 minuten haalbaar was. Bovendien waren er inhoudelijke bezwaren; zes artsen vonden de informatie matig, één vond deze slecht. Bij de na-enquête was men aanmerkelijk positiever: tien artsen was het goed bevallen, twee was het matig bevallen. Elf artsen vertelden op deze wijze verder te willen gaan. De deelnemende artsen hadden bij iedereen bijna alle onderwerpen van de voorlichting besproken. Alleen de 'terugkomadviezen' waren minder gegeven (*tabel 2*).

In 57 gevallen bleek overeenstemming te bestaan tussen datgene wat de arts zei te hebben besproken, en datgene wat de patiënt zei te hebben gehoord. Alleen het

onderwerp 'oorzaak' scoorde lager (*tabel 2*).

Van de ontvangen adviezen met betrekking tot zelfhulp en terugkomen werden 'pijnstilling' en 'krachtverlies' het minst spontaan gereproduceerd (door respectievelijk 19 en 8 patiënten). Bij de telefonische enquête zeiden 49 patiënten thuis de folder te hebben gelezen.

In de drie weken na het consult kwamen vier patiënten voor dezelfde klacht terug bij de huisarts. Bij twee van hen bleek zich een radiculair syndroom te hebben ontwikkeld. Geen van de patiënten werd in deze drie weken naar de fysiotherapeut verwezen.

Beschouwing

Uit ons onderzoek blijkt dat gestructureerde voorlichting bij acute specifieke lage-rugpijn in de huisartspraktijk haalbaar is. Uiteraard geldt deze conclusie voor huisartsen die positief staan tegenover het geven van voorlichting. Op grond van de incidentie in de literatuur waren in dit project 80 patiënten met lage-rugpijn zonder uitstraling te verwachten.³ De lichte onderrapportage kan veroorzaakt zijn door het feit dat niet alle artsen uit de acht praktijken aan het project hebben deelgenomen. Over de patiënten die zij hebben gezien, zijn geen gegevens voorhanden.

De duur van de onderzochte consulten was in driekwart van de gevallen minder dan 10 minuten. Dat is in overeenstem-

Tabel 2 Voorlichting per consult: overeenstemming en discrepantie tussen respectievelijk arts en patiënt. Aantallen (n=69).

	Overeenstemming		Discrepantie	
	ja/ja	nee/nee	ja/nee	nee/ja
Voorlichting gegeven?	66	–	3	–
<i>Onderwerpen</i>				
– oorzaak	51	–	17	1
– beloop	62	–	7	–
– zelfhulp	61	1	4	3
– terugkomen	54	7	6	2

ming met het algemene percentage dat door *Groenewegen* wordt genoemd (75 procent <10 minuten).⁹ Niettemin kwamen tijdens deze consulten vrijwel alle onderwerpen aan bod.

Ook de mening van de artsen over deze manier van voorlichting geven was – na kritische kanttekeningen in de voor-enquête – uiteindelijk positief.

Uit de telefonische interviews met de patiënten bleek dat de meeste informatie goed was opgenomen. Daarbij bestaat de mogelijkheid dat sociaal wenselijke antwoorden zijn gegeven.¹⁰ Dit is zoveel mogelijk ondervangen door de telefonische enquête te laten uitvoeren door een ander dan de behandelend arts.

Met betrekking tot de inhoud van de voorlichting bleek dat de patiënten vrij vaak niets over de oorzaak hadden gehoord, terwijl de huisarts dit wél had besproken. De onderwerpen 'zelfhulp' en 'beloop' zijn goed aan de orde gekomen. Bij navraag wat de patiënt nog wist over zelfhulpadviezen, werd het gebruik van pijnstillers vaak niet spontaan gereproduceerd; mogelijk werd dit niet als zelfhulp gezien. Bij de terugkomadviezen bleek vooral de factor 'krachtverlies' slecht onthouden te zijn. Hierbij kan een rol spelen dat het begrip krachtverlies moeilijk is uit te leggen of te begrijpen, of dat de arts de patiënt niet ongerust wilde maken en het dus niet genoemd heeft.

Blijkens een schriftelijke mededeling van het Nivel [4 januari 1994] vond in de Na-

tionale Studie in 21 procent van de gevallen binnen drie weken een herhaalconsult plaats. Dat is dus beduidend vaker dan in ons onderzoek (6 procent). Geen van de patiënten was naar de fysiotherapeut verwezen, terwijl volgens de literatuur 9 à 16 procent tijdens het eerste consult wordt verwezen.¹¹ Dit lage aantal herhalingsconsulten en het ontbreken van verwijzingen naar de fysiotherapeut kan een gevolg zijn van de opzet van het project; de artsen waren immers op de hoogte van de uitkomstmaten, terwijl de patiënten meer aandacht dan normaal kregen.

Dankbetuiging

Het project is uitgevoerd tijdens de beroepsopleiding aan het Rotterdams Universitair Huisartsen Instituut. Zonder de medewerking van onze collegae huisartsen-in-opleiding – Inge Andriesse, Hetty Dekker, André Steffens en Ria Valentin –, de huisartsen – Roel en Marjo Bekker, Willem Kruithof, Tino Kuis, Herman de Noo, Kees Meijer, Ben Ponsioen en Reiny Veldkamp – de praktijk-assistentes en de patiënten zou uitvoering van dit project niet mogelijk zijn geweest. Verder danken wij de groepsbegeleiders Bas Themans en Sylvie Harmsen voor de begeleiding en Frits Bareman voor het geven van de training.

Literatuur

- 1 Chavannes AE, Gubbels JW, Post D, et al. Acute lage rugpijn in de praktijk. *Huisarts Wet* 1983; 26: 32-8.
- 2 Deyo RA. Conservative therapy for low back pain. Distinguishing useful from use-

less therapy. *JAMA* 1983; 250: 1057-62.

- 3 Van der Velden J, De Bakker DH, Claessens AAMC, Schellevis FG. Een nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Basisrapport: Morbiditeit in de huisartspraktijk. Utrecht: Nivel, 1991.
- 4 Haanen HCM. Een epidemiologisch onderzoek naar lage rugpijn [Dissertatie]. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam, 1984.
- 5 Faas A. Oefentherapie bij acute lage rugpijn, een interventie-onderzoek in 40 huisartspraktijken [Dissertatie]. Oldenzaal, 1992.
- 6 Hoenen JAHJ, Tielen LM, Willink AE. Patiëntenvoorlichting in de praktijk. In opdracht van Stichting O&O. Rijswijk: Uitgeverij voor Gezondheidsbevordering, 1988.
- 7 Folder 'Lage rugpijn'. Utrecht: O&O/NHG, 1992.
- 8 Smeele I, Van Eijk J, Baggen M. Protocol lage rugklachten voor de huisarts: richtlijnen betreffende diagnostiek en therapie. Nijmegen: Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, 1987.
- 9 Groenewegen PP, De Bakker DH, Van der Velden J. Een nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Basisrapport: Verrichtingen in de huisartspraktijk. Utrecht: Nivel, 1992: 26.
- 10 De Leeuw ED. Data quality in mail, telephone and face to face surveys [Dissertatie]. Amsterdam: TT-publikaties, 1992.
- 11 Lamberts H, Brouwer HJ, Mohrs J. Reason for encounter and episode and process oriented standard output from the Transition Project. Part I. Amsterdam: University of Amsterdam, 1991.